

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N^o 126

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean PARIS

Né le 13 Avril 1906, à QUINHON (Annam)

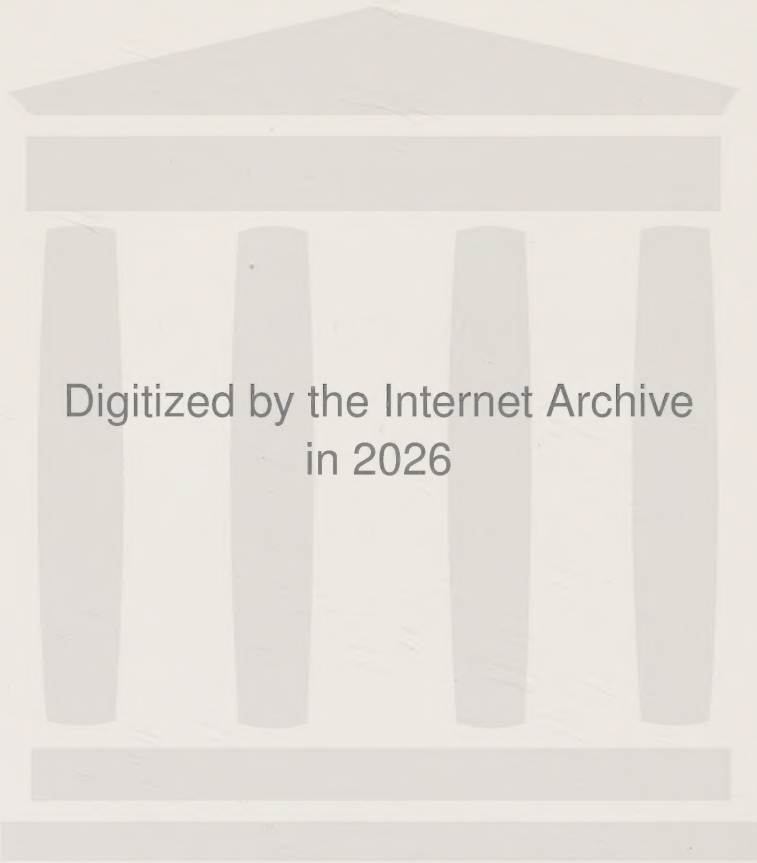
COMPLICATIONS NERVEUSES
des
ÉRYTHÈMES POLYMORPHES

Président : Monsieur NOBÉCOURT, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

**COMPLICATIONS NERVEUSES
DES ERYTHÈMES POLYMORPHES**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Jean PARIS

Né le 13 Avril 1906, à QUINHON (Annam)

COMPLICATIONS NERVEUSES
des
ÉRYTHÈMES POLYMORPHES

Président : Monsieur NOBÉCOURT, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

Doyen

BALTHAZARD

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie et Thérapeutique générales
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
 N...
 BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOIN.
 CLERC.
 MARION.
 ROUSSY.
 CHAMPY
 TIFFENEAU.
 LOEPER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL-

LAVASTINE

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie et thérapeutique et climatologie

FIESSINGER.
 Maur. VILLARET.
 CARNOT.

Clinique médicale

BEZANÇON.
 ACHARD.

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Marcel LABBE.
 LEREBOUILLLET.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.

Clinique chirurgicale

LEMIERRE.
 LENORMANT.
 CUNEO.
 GREGOIRE.

Clinique ophtalmologique

GOSSET.

Clinique urologique

TERRIEN.

Clinique d'accouchements

LEGUEU.

Clinique gynécologique

COUVELAIRE.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

BRINDEAU.

Clinique thérapeutique médicale

JEANNIN.

Clinique oto-rhino-laryngologique

J.-L. FAURE.

Clinique thérapeutique chirurgicale

OMBREDANNE.

Clinique propédeutique

RATHERY.

Clinique de la Tuberculose

LEMAITRE.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

Pierre DUVAL.

Professeur sans chaire

SERGENT.

Léon BERNARD.

MATHIEU.

HOVELACQUE.

MAUCLAIRE

MULON.

VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychia-
 trie.
 AUBERTIN .. Pathologie médicale.
 BENARD Henri Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULE Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-
 BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER . Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ..	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART	
d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri .	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
ÖBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) .	
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER	--
GUÉNIOT.....	—

V. — Charges de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDoux LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUX
Directeur de l'Institut Pasteur
Membre de l'Institut
Membre de l'Académie de Médecine

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS MARTIN
Sous-Directeur de l'Institut Pasteur
Membre de l'Académie de Médecine
Grand Officier de la Légion d'Honneur

Témoignage de notre respect et
de notre vive gratitude pour la
grande bienveillance qu'il nous a
toujours témoignée.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT
Professeur de la Clinique Médicale des Enfants
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ MARTIN
Médecin de l'Hôpital de l'Institut Pasteur

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse. Témoignage de notre
profond attachement et de notre re-
connaissance pour l'enseignement
et les conseils qu'il nous a prodi-
gués.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. DARRE
Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades
Médecin de l'Hôpital Pasteur

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour la constante sollicitude dont il a fait preuve à notre égard.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. LAFFAILLE
Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur

En gage de notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné et pour les conseils qu'il nous a donnés.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS :

PROFESSEUR JACQUINET
PROFESSEUR LARDENNOIS
DOCTEUR BILLARD
DOCTEUR BOUVIER
DOCTEUR ANDRÉ JACQUINET
DOCTEUR DELATRE

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

DOCTEUR ENRIQUEZ (*in memoriam*)
PROFESSEUR OMBREDANNE
DOCTEUR CHARLES GARNIER
DOCTEUR HUC
DOCTEUR FEVRE

A MES MAÎTRES DE L'INSTITUT PASTEUR :

MONSIEUR LE DOCTEUR VEILLON (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR LOISEAU
Chef de Service à l'Institut Pasteur

MONSIEUR LE DOCTEUR A.-T. SALIMBENI
Chef de Service à l'Institut Pasteur

MONSIEUR LE DOCTEUR AUGUSTE PETTIT
Professeur à l'Institut Pasteur
Membre de l'Académie de Médecine

MONSIEUR LE DOCTEUR DUJARRIC DE LA RIVIERE
Chef de Laboratoire à l'Institut Pasteur

Que nous remercions de la bien-
veillance qu'ils nous ont toujours
témoignée.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :
TRUCHE
ET. ROUX
NOURY
PHILIPPE

A MONSIEUR ED. TENDRON
Chef de Service à l'Institut Pasteur

COMPLICATIONS NERVEUSES DES ÉRYTHÈMES POLYMORPHES

Introduction

Le nombre considérable d'observations publiées ces dix dernières années, tant en Amérique qu'en Europe, nous permettent actuellement de reconnaître la fréquence des complications nerveuses au cours des fièvres éruptives.

Fréquence qui, par son importance même, a soulevé des problèmes pathogéniques infiniment complexes concernant les rapports réciproques entre des infections données, leurs symptômes cutanés et les atteintes nerveuses qu'elles peuvent provoquer.

Ayant eu récemment l'occasion de suivre à l'Hôpital de l'Institut Pasteur l'évolution simultanée, chez un jeune malade, d'un érythème polymorphe avec syndrome infectieux grave s'accompagnant d'une méningite à lymphocytes curable, nous avons pensé qu'il serait intéressant d'en faire le sujet de notre thèse.

Après avoir rapporté en détail ce que nous avons observé, nous rappellerons brièvement les conceptions actuelles concernant les érythèmes polymorphes. Chapitre court, uniquement fait pour mémoire et pour nous permettre ensuite d'aborder avec plus de précision l'étude des complications nerveuses au cours des érythèmes polymorphes et les notions pathogéniques qui leur sont applicables.



Fig. 1. — B... Robert.

CHAPITRE PREMIER

Observation

Le résumé de cette observation a été publié par MM. René Martin, Chassigneux et par Jean Paris, Société de Pédiatrie de Paris, séance du 12 juillet 1932.

B... Robert, âgé de 8 ans et demi, entre à l'Hôpital Pasteur, le 26 novembre 1931, pour une méningite s'accompagnant d'une éruption à type d'érythème polymorphe.

Le début remonte au 21 novembre. L'enfant, dans l'après-midi, s'est brusquement senti fatigué et s'est alité avec une fièvre aux environs de 39°.

Les 22 et 23 novembre, l'état reste stationnaire; la température se maintient aux alentours de 39°, la céphalée est vive. L'examen montrant une gorge un peu rouge, on pense à une angine banale.

Le 24 novembre, la céphalée augmente et les premiers signes méningés apparaissent.

Le 25 novembre, les signes méningés persistent et s'accroissent, une éruption à type polymorphe apparaît sur la face et aux extrémités des membres.

Le 26 novembre, à son entrée à l'Hôpital, l'état général est sérieux, légèrement prostré, hostile à l'examen, couché en chien de fusil, détournant son regard de la lumière, il présente des signes méningés évidents. Les contractures sont marquées, le signe de Kernig et la raideur de la nuque manifestes. Le signe de Brund-

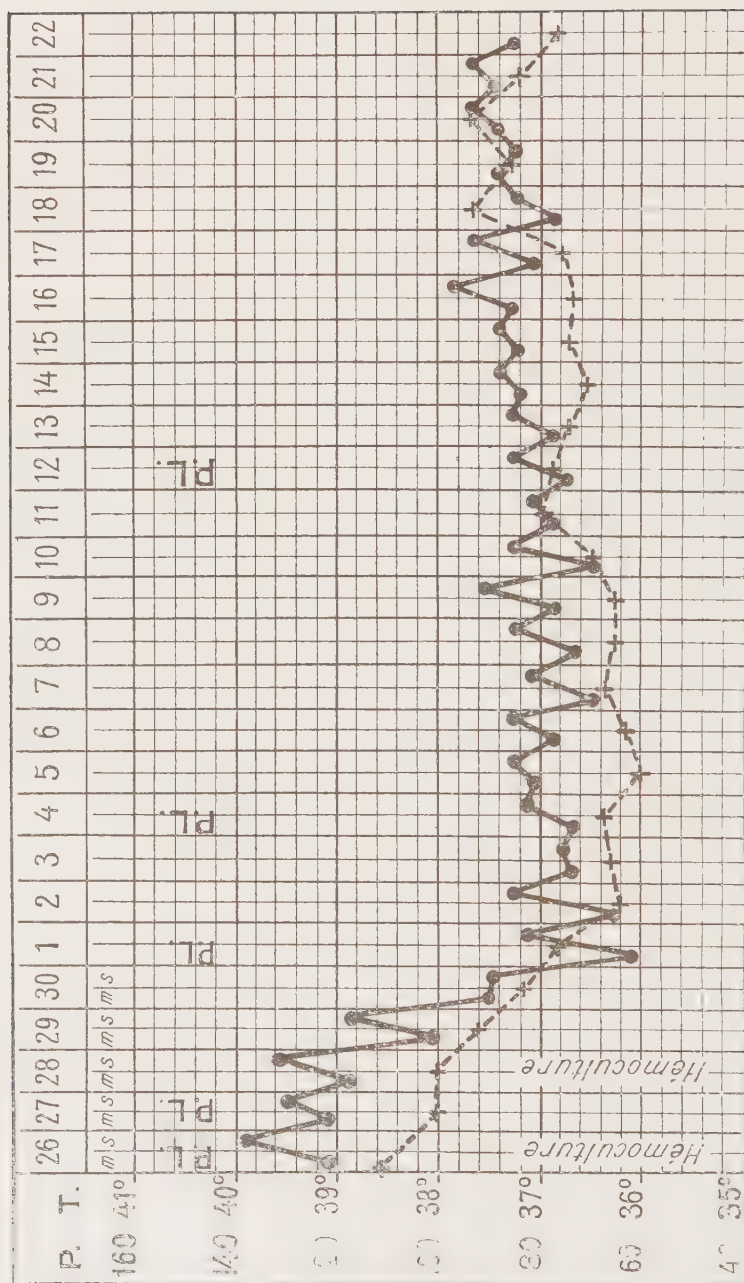


Fig. 2. — Observation B... Robert.

zinski et de Guillain sont facilement retrouvés. Les réflexes tendineux sont normaux ainsi que les réflexes cutanés, pas de Babinski. L'hyperesthésie cutanée est légère, la raie méningitique peu nette. Les pupilles sont égales, réagissant bien à la lumière et à la distance.

TABLEAU DES PONCTIONS LOMBAIRES

Date	Aspect	Albumine	Lymphocytes	Sucre
26 Novembre 1931 ..	clair	1 gr.	95	0 gr. 60
27 Novembre 1931 ..	—	0 gr. 71	145	0 gr. 60
1 ^{er} Décembre 1931 ..	—	0 gr. 60	190	—
4 Décembre 1931...	—	0 gr. 45	11,5	—
12 Décembre 1932..	—	0 gr. 30	6	—

Il n'y a pas de paralysie oculaire.

L'enfant est assez présent, répond aux questions et se plaint sans cesse de la tête. Depuis la veille, il y a eu trois ou quatre vomissements survenant sans effort. La constipation est opiniâtre.

La température se maintient toujours à 39°, le pouls bien frappé bat à 110.

A côté de ces signes méningés nets, qui attirent d'emblée l'attention, on est frappé, dès le premier examen, par une éruption qui siège à la face et aux membres sur la face d'extension. Cette éruption symétrique, surtout nette à la face dorsale des pieds, des mains, et aux pourtours des chevilles et aux poi-

gnets, est formée d'éléments éruptifs érythémato-papuleux réguliers, arrondis, rouge sombre, veloutés, s'effaçant à la pression du doigt, de 1/2 à 1 cm. de diamètre. Cette éruption reste discrète, et les éléments bien séparés les uns des autres rappellent en tous points certaines éruptions d'érythème polymorphe de type érythémato-papuleux.

Au niveau de la gorge, on ne trouve aucun élément éruptif. Celle-ci est uniformément rouge. La langue sèche, rôtie, est dépouillée ; les gencives sont tuméfiées, sanguinolentes, ainsi que les lèvres qui ont des fissures recouvertes de croûtes noirâtres sanglantes.

Les articulations sont normales, non douloureuses.

Par ailleurs, l'examen reste négatif.

Le ventre est indolore, le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Poumons et cœur normaux.

Devant ce tableau, on pratique une ponction lombaire qui confirme le diagnostic de méningite.

Le liquide céphalo-rachidien est clair, hypertendu, s'écoulant en jet ; il contient : albumine, 1 gr. par litre ; sucre, 0,60 ; 95 éléments cellulaires à la cellule de NAGEOTTE ; il s'agit exclusivement de lymphocytes. Pas de germes à l'examen direct. Les cultures restent stériles.

B.-W. négatif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang.

Une numération globulaire donne :

Globules rouges : 3.300.000 ;

Globules blancs : 9.800, dont petits et moyens mononucléaires 28 % ; grands monos, 5 % ; polynucléaires neutrophiles, 66 % ; éosinophiles, 1 %.

L'échelle à l'hémoglobinomètre est à 80.

Le temps de saignement est de 2 minutes. Le temps

de coagulation est de 5 minutes, la rétraction du caillot est normale.

L'épreuve du lacet est négative.

L'urée sanguine est de 0 gr. 31 par litre.

On pratique, en outre, des hémocultures sur bouillon simple, et bouillon ascite, et on inocule deux cobayes et trois singes avec du sang du malade et avec le liquide céphalo-rachidien.

La cuti-réaction est négative.

Le 27 novembre, l'état reste stationnaire. La température se maintient au-dessus de 39°. Les signes méningés et l'état infectieux persistent.

Il n'y a pas de nouvelle poussée éruptive.

On pratique une ponction lombaire, le liquide est envoyé à la Salpêtrière, dans le service du Professeur GUILLAIN, pour examen.

Ce liquide contient : albumine, 0,71 ; glucose, 0,60 ; 145 lymphocytes par mm³ à la cellule de NAGEOTTE. La réaction de PANDY est positive. La réaction de WEICHBRODT est négative. Le B.-W. est négatif et le benjoin colloïdal est normal.

On ne trouve pas de germes dans le liquide céphalo-rachidien.

Le 29 novembre, la température baisse entre 38° et 39°, l'état général est bon ; l'enfant très éveillé ne souffre plus de la tête ; les contractures restent cependant intenses ; le pouls est à 85, l'éruption commence à pâlir et à desquamer aux extrémités des membres.

Le 30 novembre, la température est revenue normale, les signes méningés s'amendent ; aux mains, la desquamation se fait par larges lambeaux et prend le type scarlatiniforme.

Le 1^{er} décembre, l'amélioration persiste ; la ponction lombaire ramène un liquide clair, non hypertendu, contenant albumine, 0,60 ; mais encore 190 lymphocytes par mm³.

Les 2 et 3 décembre, l'état général reste bon, la desquamation commence au niveau de la plante des pieds.

Le 4 décembre, les signes méningés ont en partie disparu, il ne reste plus qu'une ébauche de signe de Kernig et une légère raideur de la nuque.

Aux jambes, chaque élément éruptif est remplacé par une surface desquamée rouge vif, taillée à l'emporte-pièce, de 1 cm. à 1 cm. 1/2 de diamètre. Les doigts ont desquamé complètement et la desquamation ici rappelle en tous points celle de la scarlatine. Au poignet, la desquamation est localisée à l'emplacement des anciennes papules ; quelques vestiges violacés d'éléments éruptifs non desquamés persistent aux jambes et aux avant-bras.

La ponction lombaire ramène un liquide clair, ne contenant plus que 0,45 d'albumine et 11,5 lymphocytes.

Le 7 décembre, tous les signes méningés ont disparu ; les mains sont complètement dépouillées ; sur les poignets et sur les membres inférieurs la desquamation se localise aux éléments éruptifs et se fait en fines croûtelettes.

Le 12 décembre, toute trace d'éruption a disparu, une dernière ponction lombaire montre un liquide sensiblement normal ; albumine, 0 gr. 30 ; 6 lymphocytes par mm³.

Le 22 décembre, l'enfant sort de l'hôpital complètement guéri.

Depuis cette époque, cet enfant que nous avons eu l'occasion de revoir ces jours derniers, ne s'est nullement ressenti de cette affection.

Expérimentation

Les nombreux examens de laboratoire pratiqués au cours de la maladie, en dehors des ponctions lombaires et peut-être des inoculations aux singes n'ont donné que des résultats négatifs.

Les Hémocultures faites en bouillon simple et en bouillon ascite les deux premiers jours de l'hospitalisation du malade au maximum de la température, régulièrement repiquées sur les différents milieux usuels n'ont jamais décelé la présence d'un germe.

Les cobayes inoculés avec le sang et le liquide céphalo-rachidien du malade n'ont présenté dans les jours qui suivirent

ni température,
ni perte de poids.

Sacrifiés pour passage le 27 février 1932, on ne trouve à l'autopsie rien d'anormal.

Pas de ganglions.

Rate, foie, poumons, péritoine sont normaux.

Il n'y a pas de bacilles acido-résistants dans les frottis d'organe.

On fait un passage sur deux séries de cobayes.

Série A. — Cobayes 1, 2, 3, 4 : inoculés chacun sous la peau avec 1 cc. d'émulsion en eau physiologique de rates prélevées sur les deux cobayes inoculés avec le sang du malade le 28 novembre 1931.

Série B. — Cobayes 1, 2, 3, 4 : inoculés chacun sous la peau avec 1 cc. d'émulsion en eau physiologique de rates prélevées sur les deux cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien du malade, le 28 novembre 1931.

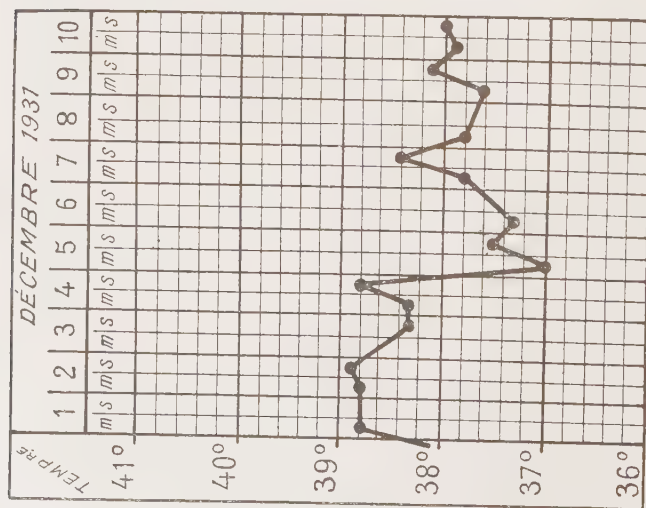


Fig. 3. — Babouin. — Cage 3.
Inoculé le 27 nov, 1931.

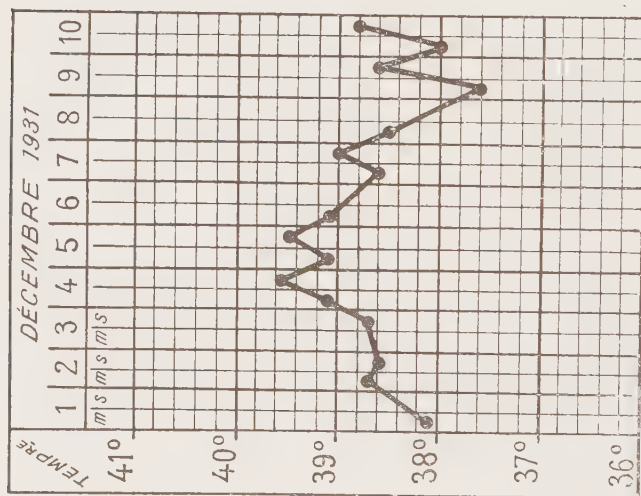


Fig. 4. — Cynomolgus rouge gauche. Cage 3.
Inoculé le 27 nov. 1931.

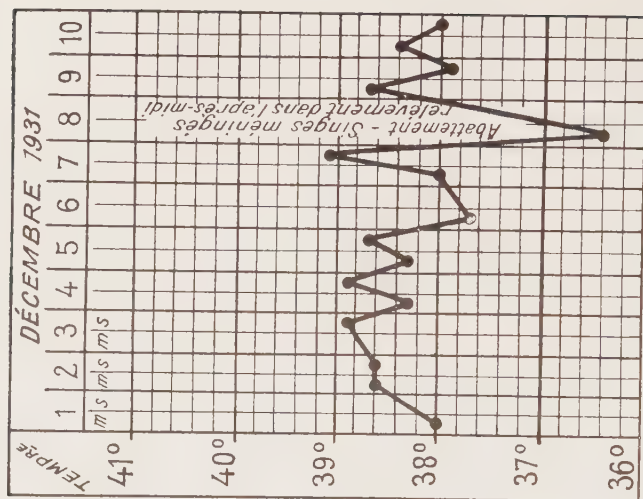


Fig. 5. — Cynomolgus rouge droit. Cage 3.
Inoculé le 27 nov. 1931.

Ces deux séries de cobayes ont servi à trois nouveaux passages successifs effectués chacun à quatre mois de distance sans qu'il nous fût permis de mettre en évidence la moindre lésion pathologique.

Inoculations aux singes

Le 27 novembre 1931 nous inoculons trois singes au lit du malade (1).

Babouin n° 1 avec 10 cc. de sang intra-cœlomique.

Cynomolgus n° 2 avec 5 cc. de sang intra-cœlomique.

Cynomolgus n° 3 avec 5 cc. de sang intra-cœlomique.

Deux des singes inoculés ont présenté une légère élévation de température.

Cynomolgus n° 2, les 8^e et 9^e jours après inoculation (39°8).

Cynomolgus n° 3, le 11^e jour (39°2), avec abattement et apparition dans la matinée de signes méningés et d'une parésie transitoire des membres inférieurs.

Réactions éphémères, tellement frustes, qu'il nous semble impossible de pouvoir les interpréter.

Devant ce syndrome composé schématiquement pendant trois jours d'un état infectieux indéterminé, suivi d'une méningite avec éruption à type d'érythème polymorphe, le premier diagnostic envisagé fut celui de *méningite cérébro-spinale*. Il reposait sur le début brusque, la netteté des contractures, l'intensité des signes infectieux et sur l'éruption à type polymorphe. Toutefois, l'intensité de l'éruption cadrait mal avec cette hypothèse. La ponction lombaire ramenant un liquide clair, amicrobien, contenant du sucre

et uniquement des lymphocytes devait l'écarter définitivement. Nous pratiquâmes l'ensemencement du cavum qui démontra également l'absence de méningocoques.

La nature tuberculeuse de ce syndrome ne pouvait guère être retenue; jamais au cours des méningites tuberculeuses il fut permis de noter une éruption à type polymorphe aussi intense, aussi typique. De plus, l'évolution bénigne de la méningite — méningite à lymphocytes curable — devait ultérieurement écarter définitivement ce diagnostic. D'ailleurs, comment soupçonner une origine tuberculeuse chez un malade qui, en plus d'une cuti négative, d'un Verne résorcine à 9, présenta radiographiquement un champ pulmonaire et des hiles absolument normaux.

Bien qu'ayant inoculé à quatre cobayes le culot du liquide céphalo-rachidien, le sang du malade et ayant pratiqué des réinoculations successives d'animal à animal tous les quatre mois, nous ne pûmes jamais relever chez ces animaux la moindre lésion suspecte de tuberculose. En particulier, ils ne présentèrent jamais ni perte de poids ni ganglions. Devant de tels résultats, il nous semble difficile d'incriminer, en ce cas, la participation d'un virus filtrant tuberculeux.

Les hémorragies des muqueuses buccales auraient pu nous faire penser à la possibilité d'une *spirochétose à forme méningée*. Mais, outre l'absence d'ictère, ce malade ne présentait pas d'albumine et le dosage d'urée dans le sang s'est montré normal à 0 gr. 31.

Un dernier diagnostic fut enfin discuté, celui de *typhus exanthématique*. Cet enfant habitait à Neuilly-sur-Marne, non loin de l'exposition coloniale de Vincennes et l'état infectieux grave, l'état de la bouche et de la langue, le syndrome méningé joints à une éruption pouvaient, à la rigueur, faire envisager ce diagnostic.

L'éruption n'avait, toutefois, ni la topographie, ni l'aspect clinique de celle observée dans le typhus..

De plus, l'état général, bien que sévère, n'était pas aussi grave que celui que l'on voit dans cette maladie. Pour éliminer cette hypothèse, M. LEGROUX a bien voulu nous faire une réaction de Weill Félix, qui s'est montrée complètement négative. Des singes et des cobayes inoculés avec le sang du malade ont permis d'écarter le diagnostic de typhus.

Ces différentes hypothèses éliminées, il nous a paru légitime, devant ce syndrome, de porter le diagnostic :

d'érythème polymorphe avec méningite.

CHAPITRE II

Comment peut-on considérer actuellement l'érythème polymorphe ?

Récemment, LORTAT Jacob, au cours du premier rapport qu'il a présenté au IV^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française (25 juillet 1929) a mis en lumière l'existence de :

L'érythème polymorphe maladie autonome

affection sans étiologie connue à allure saisonnière qui peut présenter deux aspects :

- a) une forme normale,
- b) une forme intense et pyrétique.

FORME NORMALE DE L'ÉRYTHÈME POLYMORPHE MALADIE AUTONOME

C'est la forme la plus fréquente et qui appartient généralement aux services de dermatologie. Elle comporte deux types fondamentaux :

- type érythémato-papuleux,
- type vésico-bulleux.

Elle ne s'accompagne que de symptômes généraux frustes, évolue souvent par poussées successives et peut présenter des récurrences saisonnières.

FORME INTENSE ET PYRÉTIQUE DE L'ÉRYTHÈME
POLYMORPHE, MALADIE AUTONOME

C'est la forme d'érythème polymorphe que l'on observe surtout dans les services de maladies contagieuses. Son éruption, l'état infectieux qui l'accompagne entraînent souvent des erreurs de diagnostic. Elle possède une richesse symptomatique bien supérieure à la forme habituelle des érythèmes polymorphes. De par son évolution, c'est une véritable fièvre éruptive à caractères qui lui sont propres, réalisant un tableau clinique personnel au même titre qu'une rougeole, qu'une scarlatine.

On peut lui faire reconnaître une PÉRIODE PODROMIQUE et une PÉRIODE EXANTHÉMATIQUE (Lortat Jacob, IV^e Congrès des Dermatologistes de langue française, p. 17).

PHASE PODROMIQUE

Elle dure en général un septenaire et débute par une ANGINE ÉRYTHÉMATEUSE parfois très marquée et par l'existence d'un léger CATARRHE OCULO-NASAL. Accessoirement, on note de la courbature, de la rachialgie, des frissons et de l'asthénie. La température, par oscillations ascendantes, atteint généralement son maximum à 39° ou 40° au moment où survient l'exanthème.

PHASE EXANTHÉMATIQUE

Dès que l'éruption apparaît, elle présente généralement une dissémination plus grande dans les formes normales d'érythème polymorphe et peut s'étendre

aux membres inférieurs et au thorax, cependant elle conserve toujours les PRÉDOMINANCES RÉGIONALES ÉLECTIVES.

Exceptionnellement des éléments peuvent siéger sur la paume de la main et la plante des pieds. Les lésions dermatologiques sont du même type que dans la forme normale : papules, érosions en cocardes, vésicules. Cependant plus fréquentes sont les formes érythémato-papuleuses.

Presque toujours il existe un exanthème le plus souvent intense, se caractérisant par des lésions buccales de type hydroa au niveau du voile, des piliers de la face interne des joues, remarquables par leur confluence et l'aspect fuligineux de l'exsudat, l'haléine présente alors une odeur fétide.

L'EXAMEN SOMATIQUE est à peu près négatif.

Cependant les arthralgies sont parfois intenses, la rate est fréquemment augmentée de volume, il est encore possible de noter parfois des souffles extra-cardiaques et une albuminurie dépassant 1 gramme. Cependant l'état général est très touché. L'érythème polymorphe dans sa forme intense et pyrétique revêt une allure clinique sévère que démentira l'évolution rapidement bénigne. Dans les jours qui suivent le début de la phase exanthématique, de nouvelles poussées éruptives peuvent encore se produire, atteignant de nouvelles zones tégumentaires. Au bout de 5 à 7 jours, l'éruption disparaît et les signes généraux rétrocedent; la température tombe en lysis, généralement la desquamation plus ou moins intense est précoce. En deux ou trois semaines, en dépit de la possibilité de nouvelles poussées éruptives, tout est rentré dans l'ordre.

EXAMEN DU SANG AU COURS DES FORMES INTENSES ET
PYRÉTIQUES D'ÉRYTHÈME POLYMORPHE
MALADIE AUTONOME

Il est peu caractéristique. Les hémocultures, pour le plus grand nombre des auteurs, se sont toujours montré stériles.

MINASSIAN note une légère leucocytose sanguine avec éosinophilie et polynucléose (compte rendu in *Monatschrift f. Prakt. Derm.*, 1907, T. XLI, p. 428).

LORTAT-JACOB admet une leucocytose transitoire aux environs de 8 à 10.000 et une légère mononucléose d'ailleurs inconstante.

LES COMPLICATIONS DANS LES FORMES INTENSES ET
PYRÉTIQUES D'ÉRYTHÈME POLYMORPHE
MALADIE AUTONOME

Pour LORTAT-JACOB, il n'en existe pas (IV^e Congrès des Dermatologistes de langue française, p. 181). Cependant TROUSSEAU, dans ses cliniques médicales, cite plusieurs cas d'endocardite au cours d'érythème polymorphe (1873). Un peu plus tard, de MOLENÈS-MAHON décrit comme complications survenant au cours d'érythème polymorphe des pleurésies, des pneumonies, des endocardites (formes graves et compliquées d'érythème polymorphe, 1884).

De nos jours, RAMEL a rapporté au IV^e Congrès des Dermatologistes de langue française quelques cas graves et compliqués d'érythème polymorphe maladie. En plus d'observations personnelles, il cite des cas de broncho-pneumonies, de pleurésies, d'endocardites observés par MACKENSIE — une phlébite par GUODE et des névrites notées par CENAS et BUONGIOVANNI.

Pour peu fréquentes qu'elles paraissent, il nous

semble guère possible de ne pas accorder aux érythèmes polymorphes la possibilité de complications viscérales — complications exceptionnelles il est vrai, intéressant le plus souvent l'endocarde, et que l'on ne pourra rencontrer que dans les formes intenses et fébriles d'érythème polymorphe dénotant l'évolution d'un processus infectieux particulièrement sévère.

Les érythèmes polymorphes au cours des infections générales aiguës

Nombreux sont les auteurs qui, depuis Hébra, ont décrit des érythèmes polymorphes au cours des maladies infectieuses les plus diverses : telles que la fièvre typhoïde (CARTON-AYCARD, ETIENNE, GALIARD, GANDOLIN, HUTINEL, LESSIEUR, PARKES, etc...), l'influenza (POLOTHENOFF, HOFFMANN, HAVKINS, etc...), la variole et la vaccine (M. MORRIS, KAPOSI, MORTON), la gonorrhée (BUSCHKE), la méningite cérébro-spinale (BEZANÇON), les infections septiques à staphylocoques et à streptocoques (SINGER, SACQUEPÉE et LOISELEUR, GANS, LEBET, BUEGER, BARBIER, KYRLE, etc...).

Le plus grand nombre des auteurs américains n'attribuent-ils pas au streptocoque et à ses toxines l'étiologie des érythèmes polymorphes ?

Le plus généralement ces auteurs, par une idée préconçue de causalité, rapportent à l'infection préexistante l'origine directe de l'éruption polymorphe consécutive. Le plus souvent la description des lésions cutanées est insuffisante au point qu'il est difficile de reconnaître si celles-ci sont superposables aux érythèmes polymorphes authentiques ou si elles ne font qu'emprunter une ressemblance morphologique.

b) ERYTHÈMES POLYMORPHES INTERCURRENTS.

Il faut reconnaître à côté des érythèmes toxi-infectieux évoluant à la manière « d'une dermatose de Hébra », l'existence d'érythèmes absolument conformes aux descriptions classiques.

Erythèmes polymorphes authentiques apparaissant à la suite d'une maladie infectieuse de germe connu, voire d'une altération morbide non infectieuse mais susceptible de retentir par voie sanguine sur l'état général.

RAMEL cite deux observations personnelles d'érythèmes polymorphes dont tous les caractères morphologiques, histologiques et biologiques se superposaient à ceux décrits par HÉBRA.

Or, l'un d'eux était consécutif à une salpingite gonococcique aiguë chez une jeune femme de 25 ans, l'autre concernait une patiente atteinte de néo-carcinome. (Rapport au IV^e Congrès des dermatologistes de langue française, p. 72.) Ce sont pour lui des érythèmes polymorphes idiopathiques INTERCURRENTS. Tout se passerait en l'occasion comme si l'érythème polymorphe, maladie autonome, était déclenché par l'ébranlement morbide dû à l'infection ou à l'altération morbide préexistantes. Il compare ces érythèmes polymorphes intercurrents aux HERPÈS FÉBRILES POST-INFECTIEUX, il les considère comme « MALADIES SECONDES » OU « INFECTIONS DE SORTIE ».

CHAPITRE III

Complications nerveuses des érythèmes polymorphes

Dès le siècle dernier, la participation nerveuse au cours des érythèmes polymorphes fut soupçonnée par nombre d'auteurs. Conception reposant uniquement sur des données étiologiques théoriques, expliquant l'aspect morphologique et la localisation symétrique des lésions cutanées.

Pour mémoire nous nous contenterons de citer la doctrine des ANGIONÉVROSES. Doctrine qui fut admise par la grande majorité des cliniciens durant toute la seconde moitié du XIX^e siècle. LEWIN considérait tout érythème comme une angionévrose parce que déterminé « à l'origine par une dilatation des vaisseaux sanguins sous la dépendance du système nerveux » (loc. citée, IV^e Congrès des Dermatologistes de langue française, p. 64).

BESNIER, en 1890, admettait complètement la théorie angionévrotique — n'écrivait-il pas en effet à propos de la pathogénie des érythèmes : « Dans tous les cas, et quel qu'il soit, l'irritant pathogène semble plutôt porter son action sur les centres névrovasculaires que sur les points mêmes qui sont le siège de la lésion érythémateuse, laquelle paraît bien être communément le résultat d'un trouble réfléchi ou transmis d'un des

nombreux foyers de réflexes érythématogènes » (*Annales de Dermatologie*, 1890, p. 6).

Dès 1892, G. THIBIERGE admettait que « la symétrie ordinaire des lésions, la concomitance des douleurs nous indiquent à l'évidence le rôle du système nerveux dans le développement de l'érythème polymorphe » (G. THIBIERGE, *Traité de Médecine*, p. 381, 1892).

Six ans après, le même auteur entrevoit des analogies entre zona et érythème polymorphe à distribution zostérioriforme « Erythème polymorphe à distribution partiellement symétrique et zostérioriforme » (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, 4 novembre 1898). Idée qui sera reprise et développée ultérieurement en 1923 par : G. TROISIER et GEORGES, à l'occasion d'une véritable petite épidémie de zona et d'érythème polymorphe se développant de juillet à septembre 1923, à l'Hôpital Saint-Antoine et à ses alentours (Erythème polymorphe et zona, *Société Médicale des Hôpitaux*, 2 novembre 1923).

C'est une conception analogue qui permet à FERNAND, BEZANÇON et PHILIBERT d'écrire à propos de l'érythème polymorphe : « On pourrait, en s'appuyant sur la symétrie de l'éruption, sur la possibilité de réactions nerveuses, songer à un virus s'attaquant au système nerveux, mais là encore, aucune recherche n'est venue étayer ces suppositions. L'évolution de l'élément éruptif en 3 stades : maculeux, papuleux et vésiculeux, fait penser encore à une maladie telle que la varicelle ou le zona ou bien à des maladies comme l'herpès. ON PEUT, DANS CETTE DERNIÈRE HYPOTHÈSE, SE DEMANDER SI LA MALADIE NE SERAIT PAS DUE A UN VIRUS FILTRANT NEUROTROPE, surtout si l'on ne garde dans le cadre de l'érythème polymorphe que les cas typiques en élaguant les formes aberrantes qui n'en font point partie » (*Précis de Pathologie Médicale*, p. 458 et 459).

La participation du système nerveux au cours de la dermatose de Hébra, admise par quelques auteurs, fut beaucoup plus présentée que démontrée. Il manquait l'observation clinique d'une atteinte réelle du névraxe venant compliquer l'évolution d'un érythème polymorphe.

Classiquement pour beaucoup d'auteurs, l'érythème polymorphe n'est-il pas une maladie à pronostic toujours bénin et qui ne complique pas ? Ceci est indiscutablement vrai quant à la forme normale, forme la plus fréquente et qui, de par son absence de phénomènes généraux, appartient beaucoup plus au dermatologiste qu'au médecin de pathologie infectieuse.

Il n'en est pas de même quant à la forme intense et pyrétique. Nous avons vu à son sujet la possibilité de complications viscérales telle que l'endocardite à l'occasion de formes particulièrement sévères.

Bien que F. BEZANÇON et PHILIBERT admettent la possibilité de complications pseudo-méningées (1), nous ne retrouvons dans l'ensemble de la littérature médicale française et étrangère QU'UN SEUL CAS RAPPORTÉ D'ÉRYTHÈME POLYMORPHE COMPLIQUÉ D'ATTEINTE NERVEUSE. Observation très complète que nous reproduisons dans les pages suivantes, publiée par Noël FIESSENGER et FRANÇOIS en avril 1915, sous le titre « D'ÉRYTHÈME POLYMORPHE A DÉBUT MÉNINGÉ ».

« Il s'agit d'un territorial de 34 ans. Dans ses antécédents, nous ne relevons qu'une fièvre typhoïde il y a 4 ans. Il est marié et père de 4 enfants en bonne santé.

« Sans aucun prodrome, sans aucun voisinage de maladies ou de faits semblables, le début se fait brusque-

(1) Tome II, Précis de Pathologie Médicale, p. 457.

« ment le 16 avril 1915 par un frisson durant une
 « marche de nuit de 24 heures. Les frissons persistent
 « toute la nuit et le lendemain matin, le 18, une céphalée
 « intense frontale se développait. R... est ensuite pris de
 « vomissements incessants. Il se fait porter malade et
 « on le dirige immédiatement sur ambulance 1/85 avec le
 « diagnostic : suspect de méningite cérébro-spinale. Il
 « nous est amené en voiture à 15 heures.

« Nous voyons R... couché en chien de fusil, il se plaint
 « d'une céphalée intense, il tourne le dos à la lumière et
 « présente de la photophobie.

« L'examen révèle :

« Une raideur de la nuque marquée surtout pour les
 « mouvements de flexion;

« De la raideur de la colonne;

« Un signe de Kernig léger;

« Du dermatisme;

« Une constipation qui remonte à 3 jours.

« C'est un syndrome méningé indiscutable, comme
 « seule anomalie le pouls est à 110.

« Il n'existe ni angine, ni coryza, ni bronchite.

« Rien de spécial à signaler à l'examen viscéral, la
 « rate n'est pas augmentée de volume.

« Une ponction lombaire fait retirer un liquide hyper-
 « tendu en gouttes très rapides et eau de roche.

« L'examen cytologique et bactériologique fait au la-
 « boratoire de l'armée reste négatif.

« *Le 19 avril :*

« Il s'est produit une amélioration marquée. La tempé-
 « rature, la veille à 38°5, est tombée à 37°6. La raideur
 « a presque entièrement disparu. Il n'existe plus de
 « photophobie. La céphalée persiste mais plus atténuée.
 « A la face antérieure et interne des jambes et au bord
 « cubital des avant-bras sont apparus des éléments érup-
 « tifs variés :

« — Les uns formés de plaques érythémateuses d'éten-
 « due variant des dimensions de la lentille à la pièce de
 « cinq francs. Elles s'effacent facilement à la pression des

« doigts; on les observe surtout au voisinage du coude,
« du genou et du coup de pied.

« — D'autres plus saillantes, mais très rares rappel-
« lent par leur aspect les plaques d'urticaire.

« Certaines sont peu saillantes, mais s'accompagnent
« d'induration dermique comme des nouures, elles sont
« peu marquées et siègent surtout à la face antéro-
« interne de la jambe.

« — Dans deux ou trois endroits, au centre de plaques
« érythémateuses, sont apparues des petites taches pur-
« puriques, ne s'effaçant pas à la pression du doigt.

« *Le 20 avril :*

« Les signes méningés ont disparu. L'érythème s'efface
« persistent seulement quelques indurations et les taches
« purpuriques.

« *Le 21 avril :*

« Il se produit, précédée d'une poussée thermique à
« 40°, une nouvelle éruption avec les mêmes caractères
« que la précédente. Les éléments nouveaux sont assez
« nombreux et l'on compte 6 éléments purpuriques. La
« langue est saburrale, l'anorexie absolue.

« Pas de splénomégalie;

« Pas de signes de bronchite;

« Les bruits du cœur sont réguliers et non pas modi-
« fiés;

« Pas d'albuminurie.

« *Le 22 avril :*

« Effacement presque complet des éléments éruptifs
« — apyrexie — état général satisfaisant.

« *Le 23 avril :*

« Nouvelle éruption précédée la veille au soir d'une
« ascension thermique à 39°6. Eruption localisée aux
« membres inférieurs et aux mains. Nombreux éléments
« érythémateux. Un élément purpurique à la face interne
« du pied gauche, un autre sur la face dorsale du même
« pied.

« *Le 24 avril :*

« Atténuation de l'éruption.

« 25-26-27 avril :

« Nouvelle poussée éruptive, moins abondante et à
« éléments éruptifs plus pâles, sans élément purpurique.

« 28-29 avril :

« Apyrexie, disparition des éléments éruptifs.

« Le 30 avril :

« Poussée d'éléments érythémateux peu nombreux
« consécutifs à une poussée thermique à 38°8.

« Le 1^{er} mai :

« Disparition de l'éruption, le malade entre en con-
« valescence ».

« L'observation que nous venons de résumer nous pré-
« sente tous les caractères cliniques d'un érythème infec-
« tieux polymorphe.

« Tout dans l'éruption de cet érythème, et surtout sa
« marche par poussées précédées de réactions thermi-
« ques, plaide en faveur de la nature infectieuse. L'un de
« nous dans son service a d'ailleurs observé l'évolution
« parallèle d'un autre érythème dont les signes étaient
« quasiment calqués sur le cas de R... et chez lequel on
« n'observa pas de syndrome méningé. Cet érythème
« était polymorphe, on voyait coexister l'érythème, l'in-
« duration et le purpura. Sa localisation était classique :
« sur les membres et surtout la face antéro-interne de la
« jambe, bord cubital de l'avant-bras.

« En somme rien ne légitimait la publication de cet
« érythème infectieux, n'était la bizarrerie de son début.
« Il a débuté par un syndrome méningé aigu pouvant
« donner *le change avec un début de méningite cérébro-
« spinale.*

« Le tableau était presque complet, début aigu par des
« frissons, céphalée, vomissements, constipation, raideur
« de la nuque, photophobie, attitude en chien de fusil,
« hypertension du liquide céphalo-rachidien (encore clair
« dans les premières heures de la méningite), avec cette
« seule nuance que le Kernig n'était pas très accentué
« et le pouls rapide.

« Mais l'étude actuelle de plusieurs faits de méningite
« aïuë nous a démontré que dans certains cas des ménin-

« gites peuvent offrir ces deux anomalies de symptômes.
« On pouvait facilement commettre une erreur de diagnostic, et ce fut une surprise pour nous que de voir
« évoluer un érythème infectieux.

« *L'érythème infectieux doit donc prendre place*
« *au nombre des infections qui peuvent revêtir*
« *un début méningé.* Aussi en pratique faut-il en tenir
« compte et surveiller l'état de la peau dans tout état
« méningé suspect, à évolution anormale ?

Cette observation que nous reproduisons intégralement est la seule que malgré de patientes recherches, nous ayons pu retrouver dans l'ensemble de la littérature médicale.

Même début, qui dans les premières heures précédant la ponction lombaire, pose le diagnostic de méningite cérébro-spinale.

Dans les deux cas, les signes méningés sont évidents.

La céphalée est intense,
il y a de la photophobie,
une raideur de la nuque marquée,
des contractures,
un signe de Kernig net,
de la constipation,
une température aux environs de 39°.

Même évolution bénigne vers la guérison.

Cependant, entre ces deux observations, il existe une différence capitale :

D'une part nous voyons évoluer pendant 8 jours un syndrome méningé s'accompagnant de grosses modifications du liquide céphalo-rachidien. Albumineuse à 0 gr. 71 et 145 lymphocytes par millimètre cube.

Au contraire, dans l'observation rapportée par Fies-senger et François, les signes méningés intenses au début ont disparu au troisième jour — n'apportant aucune modification cytologique ou chimique du li-

quide céphalo-rachidien — montrant qu'il s'agissait d'un état méningé que d'une méningite.

(Noël Fiessenger et François, *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, 1915, tome XXIX, p. 375).

Affinités entre zona et érythème polymorphe

Mise à part cette observation de syndrome méningé net, la question posant la possibilité d'affinités entre zona et érythème polymorphe depuis longtemps a été soulevée, ce qui prouve que très tôt l'attention des auteurs a été attirée sur la participation nerveuse au cours des érythèmes polymorphes.

Dès 1898, G. THIBIERGE compare zona et érythème polymorphe. Il publie l'observation d'un cas d'érythème polymorphe à distribution partiellement symétrique et zostériforme (Erythème polymorphe à distribution partiellement symétrique et zostériforme, *Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux*, 4 novembre 1898, p. 788).

En novembre 1923, G. TROISIER et GEORGES rapportent à la Société Médicale des Hôpitaux l'observation d'une véritable petite épidémie de zona et d'érythème polymorphe se développant de juillet à septembre 1923 à l'Hôpital Saint-Antoine et à ses alentours (Erythèmes polymorphes et zona, 2 novembre 1923, *Société Médicale des Hôpitaux*).

Ces deux auteurs observent le 10 et le 12 juillet 1923 deux cas d'érythème polymorphe dans le même service de Saint-Antoine — plus tard, ils hospitalisent

2 malades atteints de zona, l'un le 20 juillet, l'autre le 24 juillet. Le 27 juillet, un nouveau cas d'érythème polymorphe entre à l'hôpital.

Du 2 au 12 août, apparition de 3 cas de zona aux environs de Saint-Antoine — en particulier Mme C... est atteinte le 2 août d'un zona thoraco-brachial et sa fille, Mlle C..., présente, le 14 août, un érythème polymorphe des membres. Enfin, les 30 août, 3 septembre et 19 septembre, trois nouveaux cas de zona thoracique sont observés.

Tous les érythèmes polymorphes apparus ont revêtu l'aspect classique de la maladie : symptômes généraux infectieux avec température modérée, lésions cutanées allant de l'érythème à peine papuleux légèrement prurigineux jusqu'à la large papule rougeâtre auréolée d'une zone érythémateuse plus pâle, en co-carde souvent centrée par une vésiculation plus ou moins marquée. Les affinités entre zona et érythème polymorphe ne se révèlent-elles pas encore avec plus de précision au sujet de Mme C... et de sa fille, cas précédemment cité.

Le 2 août, Mme C..., âgée de 62 ans, était prise d'un zona thoracique gauche intéressant les cinquième, sixième et septième espaces intercostaux avec quelques vésicules à la face interne du bras. Six jours après et pendant plus de 2 mois des douleurs intercostales très violentes apparaissent, à peine calmées par la morphine et le 10 octobre un zona ophtalmique se déclarait.

Le 14 août, la fille de Mme C..., âgée de 24 ans, qui la soignait, voyait apparaître sans fièvre, sur les avant-bras, une série de taches rosées prurigineuses. Le lendemain se produisait une poussée typique d'érythème polymorphe avec vésiculation centrale sur le tiers inférieur de la face interne des jambes. Guérison en 3 ou 4 jours sans poussée secondaire. LORTAT-

JACOB, P. LEGRAIN et SOLENTE ont eu l'occasion d'ailleurs d'observer la coexistence de ces deux affections apparues successivement chez le même malade : zona et érythème polymorphe dans sa forme d'hydroa bulleux (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 27 mars 1931).

« M. R..., âgé de 29 ans, présente, le 24 mars 1931, un zona intercostal typique avec douleurs en éclair, avec éruption vésiculeuse en bouquet, et plus tard cicatrices blanches, brillantes, atrophiques. Dix jours après le début du zona, apparition, au niveau de la face dorsale des mains, de la face externe des avant-bras, de la face antérieure des poignets et des cuisses, d'éléments érythémato-bulleux d'érythème polymorphe, auxquels succédaient deux jours après des bulles au niveau des lèvres et de la verge ainsi qu'une laryngite. Bon état général, aucune température. »

L'opinion de Troisier et Georges est formelle. Il existe pour eux des *affinités certaines entre zona et érythème polymorphe*. Affinités dans la disposition et dans l'aspect des lésions cutanées : ne peut-on pas relever une certaine analogie entre la vésiculation du zona sur son placard érythémateux et celle de l'érythème polymorphe au centre de l'élément érythémato-papuleux ? Affinités épidémiologiques — et très probablement affinité par atteinte du névraxe. Ils concluent : « **Il faut se demander également si les symptômes nerveux si fréquents dans le zona, (réaction méningée d'A. Chauffard), n'existent pas parfois dans l'érythème polymorphe.** »

« A ce point de vue, nous pouvons signaler qu'un de nos malades (J. F...), atteint d'érythème polymorphe fébrile, fortement céphalalgique, avait une hypertension marquée du liquide céphalo-rachidien, contrastant avec de l'hypotension artérielle (5 1/2 11).

« Il est vrai qu'il n'y avait ni hypercytose, ni hyperalbuminose. Mais ce que nous a appris l'étude systématique d'une maladie voisine, l'érythème noueux où la réaction méningée même avec forte hypercytose n'est pas rare, **nous laisse penser à la possibilité de l'atteinte du névraxe dans l'érythème polymorphe.** »

Ce qui ressort de l'ensemble de ces observations, trop nombreuses pour nous permettre d'envisager l'idée de coïncidence, c'est bien un faisceau de faits permettant l'hypothèse d'une atteinte du névraxe au cours des érythèmes polymorphes ressemblant en beaucoup de points à celle que l'on observe au cours du zona.

CHAPITRE IV

Essais pathogéniques

L'observation sujet de notre thèse apporte pour la première fois la preuve vraiment démonstrative d'une atteinte nerveuse importante au cours d'un érythème polymorphe. Elle soulève un problème difficile, celui de sa pathogénie.

Question que nous envisagerons sous un nouvel aspect, en nous rappelant combien furent contredites les différentes hypothèses émises pour expliquer l'origine des érythèmes polymorphes. Hypothèses microbiennes, attribuant tantôt à un germe tantôt à un autre toute l'étiologie de la dermatose de Hébra. Conceptions trop nombreuses accréditant trop facilement la théorie de la multiétiologie des érythèmes polymorphes. Le premier, RAMEL a voulu appliquer à cette étude une notion nouvelle, celle de l'ultra-virus tuberculeux.

RÔLE DE L'ULTRA-VIRUS TUBERCULEUX

Le Professeur Ramel, de Lausanne, en 1929, au Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française, a défendu la théorie de l'érythème polymorphe manifestation d'une tuberculose atténuée à virus filtrant.

Pouvons-nous expliquer l'observation que nous avons rapportée : érythème polymorphe compliqué d'une méningite à lymphocytes curables, comme étant la forme bénigne d'une atteinte méningée par un ultra-virus tuberculeux responsable du syndrome cutané ? Il ne semble pas.

Rien ne nous permet d'évoquer cette hypothèse.

La cuti-réaction négative.

Le Verne résorcine à 9.

La radiographie strictement normale des champs pulmonaires et des hiles.

Les inoculations aux cobayes suivies de passages en séries, faites sans aucun résultat.

Autant de faits qui nous interdisent d'admettre la participation d'un virus filtrant tuberculeux.

L'ÉRÈTHYME POLYMORPHE : NEURO-ECTODERMOSE

De nos jours, aucune preuve décisive n'a été apportée à l'étiologie des érythèmes polymorphes. La presque totalité des auteurs les considère comme « infection à germe inconnu ».

Pourquoi n'appliquerait-on pas à l'étude des érythèmes polymorphes l'hypothèse d'un virus "**neurodermotrope**."

Virus analogue à celui de l'herpès, à celui du zona — pouvant réaliser aussi bien des formes idiopathiques que des formes intercurrentes (virus de sortie) — et pouvant parfois se compliquer d'atteintes cliniquement décelables du névraxe.

Les manifestations nerveuses que nous avons décrites au cours des érythèmes polymorphes ne seraient donc dues qu'à l'action d'un *virus spécifique à affinités marquées aussi bien pour le segment extérieur de l'ectoderme : PEAU ET MUQUEUSES que pour le segment invaginé de ce même ectoderme : NÉVRAXE.*

Atteintes du névraxe passant le plus souvent inaperçues et que des recherches systématiques montreront peut-être plus fréquentes ; susceptibles parfois, ainsi que nous l'avons rapporté, de se manifester avec une richesse symptomatique importante.

En particulier, dans les cas où le virus causal évoluerait sur un terrain présentant au niveau du névraxe, de par des infections ou des atteintes morbides précédentes, un véritable « LOCUS MINORIS RESISTENTIAE » point d'appel neurotrope pour un virus à affinités doubles « NEURO-ECTODERMIQUES ».

Conclusions

I. — L'érythème polymorphe dans sa forme intense et pyrétique apparaît comme une véritable maladie infectieuse à germe inconnu.

II. — Les complications nerveuses sont RARES au cours des érythèmes polymorphes. Elles peuvent consister en simple réaction méningée sans modification du liquide céphalo-rachidien (Obs. Noël Fiessenger et François) ou bien déterminer une véritable méningite avec albuminose et lymphocytose s'accompagnant d'un tableau alarmant et qui, pourtant, a évolué vers la guérison.

Par sa brusquerie, son intensité et la coexistence de lésions cutanées, ce syndrome peut, à son début, revêtir l'aspect de méningite cérébro-spinale — diagnostic facilement écarté par la ponction lombaire.

III. — Les complications méningées de l'érythème polymorphe ne nous semblent pas relever d'un ultravirus tuberculeux. Elles appartiendraient plutôt à un virus **neuro-dermotrope**, virus s'attaquant aussi bien au segment extérieur de l'ectoderme : *peau et muqueuses*, qu'au segment invaginé : *névraxe*.

Vu :

LE DOYEN,
BALTHAZARD.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer,

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS.
S. CHARLETY.

Bibliographie

- ACHARD. — Herpès et zona. *Baillière*, 1925.
- BEZANÇON FERNAND ET PHILIBERT. — Erythème polymorphe. Tome II. *Nouveau Précis de Pathologie médicale*.
- EDWIN, H. PLACE, LEE, E. SUTTON, WILLNER. — Erythema arthriticum epidemicum. Preliminary report (*The Boston Med. and Surg. Journal*, 18 février 1926, vol CXCIV).
- FIESSENGER NOEL ET FRANÇOIS. — Erythème polymorphe à début méningé. *Revue général de Clinique et de Thérapeutique*, Paris 915, tome XXIX, page 375).
- GAUCHER ET NATHAN. — Erythème polymorphe et tuberculose (*Bulletin Société Dermat.*, 1508, p. 30).
- GUY et WILLIAM. — Erythema multif, a clinical and Laboratory Study of forty seven cases (*The journal of the Americ. Medical Association*, 1918).
- HEBRA. — Maladies de la peau, *Traduction Doyon*, 1869.
- HEGLER. — Das érythèmes nodosum ergebuiss der immeren Médizin, Bd 12, 1913).
- JACQUET. — Des érythèmes polymorphes *Gaz. des Hôpitaux*, 8 octobre 1887.
- JADASSOHN. — Erythema exsudativum multiforme et nodosum (*Ergebn — d — allg — Pathol — u — pathol anatom.*, Wiesbaden, 1889).
- JACQUEMARD. — Méningites Lymphocytaires curables (*Thèses de Paris*, 1926).
- LANDOUZY. — Erythème noueux, polymorphe bacillaire (*Assoc. française pour l'avancement des Sciences*, août 1907, p. 337).

- LAURENT MARCEL. — Variations de l'équilibre vago-sympathique au cours de quelques érythèmes (*Thèse de Paris* 1923).
- LEFEVRE PAUL. — L'érythème polymorphe. Syndrome ou maladie ? Son origine Tuberculeuse ? (*Semaine de Hôpitaux de Paris*, 15 mars 1930).
- LEVADITI, NICOLEAU ET POINCLOUX. — A propos de l'étiologie de l'érythème polymorphe infectieux contagieux et épidémique (*Presse Médicale*, 19 janvier 1928).
- LEVADITI. — Ectodermoses neurotropes. Masson, éditeur, 1922.
- LORTAT JACOB, P. LEGRAIN ET SOLENTE. — Zona et érythème polymorphe dans sa forme Hydroa bulleux. (*Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 mars 1931).
- LORTAT JACOB. — Rapport sur les érythèmes polymorphes. (*IV^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française*).
- MARTIN RENÉ, CASSIGNEUX ET JEAN PARIS. — Erythème polymorphe et méningite à lymphocytes curable (*Société de Pédiatrie*, Séance du 12 juillet 1932).
- MINASSIAN. — *Monatschrift F. prakt Dermat*, 1907, tome XLM, page 428.
- DE MOLENES MAHON. — Formes graves compliquées d'érythème polymorphe (*Thèse de Paris*, 1884-85).
- MILLIAN. — Le Biotropisme, Paris, 1929. Baillière éditeur.
- RAMEL. — Rapport sur l'érythème polymorphe *IV^e Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de langue française*.
- ROGER VIDAL TEISSIER. — Erythème polymorphe. *Nouveau Traité de Médecine*.
- TACHAIE. — Erythéma multiforme und Nodosum, in *Handbuch der Haut und Geschlechts Krankheiten*. VI. Band II^{me} Teil. Berlin, Springer, 1928.
- G. THIBIERGE. — *Traité de Médecine* 1892, page 381.

— Erythème polymorphe à distribution partiellement Symétrique et Zosteriforme (*Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux* (4 novembre 1898).

TEISSIER P. — A propos de l'érythème polymorphe (*Bulletin Médical* 17 août 1920).

TROISSIER ET GEORGES. — Erythème polymorphe et zona (*Société Médicale des Hôpitaux*, 2 novembre 1923).

TROUSSEAU. — L'érythème polymorphe. *Cliniques médicales de l'Hôtel Dieu*, 1873.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	15
Chapitre Premier :	
Observation	17
Expérimentation	23
Chapitre II :	
Comment peut-on considérer actuellement l'érythème polymorphe ?	29
Chapitre III :	
Complications nerveuses des érythèmes polymorphes	35
Affinités entre zona et érythème polymorphe	42
Chapitre IV :	
Essais pathogéniques	47
Conclusions	51
Bibliographie	53

